

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°.....

1442

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert UMDENSTOCK

Né le 24 Décembre 1914, à PARIS (Seine)

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

Sur une observation d'acromégalie
jointe

à un syndrome adiposo-génital

Origine encéphalitique de ces troubles

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert UMDENSTOCK

Né le 24 Décembre 1914, à PARIS (Seine)

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

Sur une observation d'acromégalie
jointe

à un syndrome adiposo-génital

Origine encéphalitique de ces troubles

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBERT.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
	GOUGROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Professeurs sans chaire.	



II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DEGREZ (H.)..
BARIETY	DESOLLE
BERNARD Et.	DIGONNET
BESANÇON (J.)	DOGNON
BONNET	FEVRE
BOULANGER	FUNK-
BOULIN	BRENTANO..
BROUET	GALLIARD
BULLIARD	GARCIN
CACHERA	Mlle GAUTHIER-
CORDIER	VILLARS..
COSTE	GAYET
COUVELAIRE (R.)	DE GENNES
DELARUE	GIROUD
DELAY	HAGUENAU
	Physique.
	Médecine légale.
	Obstétrique.
	Physique.
	Pathologie chirurgicale.
	Pathologie chirurgicale.
	Parasitologie.
	Pathologie médicale.
	Anatomie pathologique.
	Physiologie.
	Pathologie médicale.
	Histologie.
	Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554623_0077

A MES PARENTS

A MA GRAND'MERE, MADAME JULES VINARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MOREAU
Médecin de l'Hôpital de Bicêtre
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DURAND
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin des Hospices

Qui nous a fourni le sujet de
ce travail.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE LIMOGES

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DESCAZALS
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAYMOND
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR L. BAZERT
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LORY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine
Médecin de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR G. VERGER
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

En témoignage de profonde reconnaissance pour les années passées dans leur Service.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
Professeur à l'Ecole de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY
Professeur à l'Ecole de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BENARD
Professeur à l'Ecole de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS
Accoucheur des Hôpitaux

Externat en premier :

MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET
Chirurgien de l'Hôpital de Bicêtre

A MONSIEUR LE DOCTEUR MENEGAUX
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAIN MOUCHET
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY ALBOT
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. PELLISSIER
*Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine
de Paris*
Médecin Chef du Service Médical de la Cité Universitaire

A MESSIEURS LES DOCTEURS
P. ORSONI, A. BOSQUET, J. BERNARD,
B. DREYFUS, A. HUREZ, J. MATHEY,
G. ROUSSEAU

A MES AMIS

Sur une observation d'acromégalie jointe à un syndrome adiposo-génital

AVANT-PROPOS

Le sujet de cette thèse est fourni par une observation de troubles végétatifs post-encéphalitiques, remarquablement nombreux et accusés. Elle amène même, comparée à des cas analogues, à poser la question d'intérêt si grand, des rapports neuro-glandulaires entre les centres diencéphaliques et l'hypophyse.

Sujet qui mériterait, pour être abordé, plus de documentation et plus de temps qu'il n'en est donné à un étudiant mobilisé.

Et en dédiant cette thèse à mes Maîtres, je voudrais m'excuser si cet ouvrage n'est pas ce qu'ils peuvent attendre d'un de leurs élèves.

OBSERVATION

Louis C..., âgé de 21 ans, se présente à l'Hôpital Général de Limoges pour une obésité considérable remarquable par sa rapidité d'apparition : augmentation de 74 kilos en un an. Cet engraissement énorme succède à un épisode infectieux brusquement apparu.

Jusqu'en décembre 1935, en effet, l'état de santé de Louis C... avait été normal. On note pourtant qu'il s'agissait d'un garçon malingre, né de parents âgés : son père, encore vivant en 1936, est alors âgé de 78 ans.

Trois collatéraux sont bien portants.

Sa mère est morte à 56 ans d'un cancer du sein.

Le début des troubles est brusque, en décembre 1935 :

- *Céphalée* intense, continue, avec recrudescence paroxystique, céphalée surtout frontale.
- *Fièvre élevée*, dépassant 39°, hyperthermie sur laquelle nous aurons à revenir.
- On note chez ce malade l'absence de vomissements, de contractures.
- Une somnolence très marquée apparaît, symptôme qui persistera par la suite.
- On n'a remarqué aucun trouble oculaire :

Subjectif : diplopie.

Objectif : tel qu'une paralysie de la
III^e paire.

— Quelques troubles psychiques, de la désorientation accompagnant cet épisode aigu.

Episode dont l'allure infectieuse est si nette que le médecin traitant pratique un abcès de fixation.



Au bout d'une dizaine de jours, d'ailleurs, la céphalée disparaît.

Mais malgré une amélioration générale évidente, l'hypersomnie persiste et la température reste au-dessus de la normale, irrégulière entre 38° et 38°5.

Un mois plus tard, en janvier 1936, le sujet s'aperçoit *qu'il augmente de poids* :

De 43 kilos, il passe à 56 kilos en avril 1936, lors du Conseil de révision (qui l'ajournera pour faiblesse de constitution), et la progression continue :

Le malade « se sent engraisser d'une livre par jour », tout travail lui devient pénible, et son poids dépasse 110 kilos au moment de l'examen en décembre 1936.

En moins d'un an, ce poids a plus que doublé.

Accompagnant cette obésité progressive, un fait remarquable est :

l'accroissement des extrémités.

La pointure de chaussure, en particulier, passe de 42 en janvier 1936 à 45 au début d'août 1936.

Le premier examen pratiqué à l'hôpital, le 26 octobre 1936, groupe ces modifications morphologiques :

Poids : 117 kg. 600.

Taille : 1 m. 63.

Et, d'une part, l'*obésité* énorme, diffuse, avec pourtant prédominance au niveau du tronc, formant des bourrelets à la taille, continuant à la saillie de l'abdomen, qui descend en besace, et dont la peau présente des vergetures violacées.

D'abord bien tolérée, l'adipose est progressivement devenue douloureuse à la pression, sinon spontanément.

D'autre part : la dysharmonie acroméganique s'affirme :

- *face* allongée verticalement, surtout dans sa partie inférieure;
- *menton* volumineux, massif, front bas, nez volumineux et épaté à sa base, lèvres épaisses;
- *mains* en battoir, épaisses et larges;

- *pieds* dont l'augmentation de taille est objectivée par le changement récent de pointure;
- l'aspect d'ensemble, enfin, est celui d'un acromégale, et de profil on note :
- la cyphose cervico-dorsale manifeste;
- la saillie en avant du rebord thoracique inférieur, la saillie de la paroi abdominale qui, même compte tenu de son épaissement très grand, témoignerait d'un notable degré de splanchnomégalie.

Pour s'en tenir à des données objectives, deux séries de mensuration ont été pratiquées à un mois d'intervalle, renseignant sur la morphologie générale du sujet :

	Novembre	Décembre
	poids: 115 Kgs	poids: 114 Kgs
Membre supérieur :		
Main :		
Longueur : pli palmaire		
inf ^r extr. médius	18	18
Largeur de la paume	13	13
Circ. poignet droit.....	22	21
Avant-bras droit	32	32,5
Membre inférieur :		
Mollet.	43	41
Cuisse.	75	66
Tronc :		
Poitrine (au niveau du mamelon).....	118	122
Taille : niveau de l'ombi- lic, extrém. supérieure		
du pli fessier.....	130	128

Troisième élément enfin, des modifications génitales évoluent de manière contemporaine aux modifications morphologiques.

Impuissance : anaphrodisie.

Et à l'examen, atrophie testiculaire, les testicules sont du volume d'une fève, de consistance diminuée.

On note une infiltration graisseuse des bourses.

Par contre, il n'y a pas de réduction notable du volume de la verge.

Le système pileux est réduit :

- barbe rare;
- pas de poils axillaires;
- disposition triangulaire des poils pubiens.

La peau est fine, sèche, blanche en dehors des vergetures abdominales.

En somme, sur les seuls caractères morphologiques de ce malade, on conclut à l'association, fait en lui-même assez rare :

- d'acromégalie,
- d'un syndrome adiposo-génital.

Et l'examen sera poursuivi à un double point de vue :

- Recherches de séquelles encéphalitiques;
- Groupement des éléments d'un syndrome infundibulo-tubérien :
 - examen neurologique;
 - examen oculaire;
 - radiographie crânienne;
 - recherche de troubles végétatifs.

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Force musculaire sensiblement normale.

Réflexes tendineux diminués dans leur ensemble.

Pas de signe d'irritation pyramidale.

Aucun trouble du tonus n'a été noté.

Pas de troubles objectifs de la *sensibilité*.

Par contre, le malade a présenté des crises de *prurit* pénibles (qu'il serait un peu osé de considérer au titre de manifestations algiques).

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter que ce malade a présenté des *hallucinations*, dont malheureusement les caractères exacts n'ont pu être définis.

L'EXAMEN OCULAIRE, qui prend chez ce malade un intérêt particulier, est négatif

- tant au point de vue de la recherche de paralyties des paires motrices,
- que de modifications éventuelles de la vision;
- le champ visuel est normal;
- l'acuité visuelle est normale;
- l'examen ophtalmoscopique témoigne de l'aspect normal de la pupille.

LA RADIOGRAPHIE DU CRANE montre, et nous le notons en passant, des modifications morphologiques à ajouter au tableau acromégalique :

accentuation du ressaut post-lambdoïdien;

prognathisme, évident de profil,

mais elle démontre aussi, et de manière très nette, l'absence de déformation de la selle turcique ou d'anomalie des clinoides.

LES TROUBLES VÉGÉTATIFS sont très variés :

Un fait attire surtout l'attention : l'*hyperthermie* fréquente et absolument irrégulière; la courbe suivie pendant cinq mois oscille entre 37,5 et 38, mais avec parfois un maximum à 39,5, un minimum à 36,5.

LES URINES sont variables quant à leur volume quotidien entre 1.000 et 2.000 cc. Ce volume n'étant en rien réduit au moment des poussées thermiques.

Une glycosurie transitoire a été constatée, dont les variations ont été suivies pendant quinze jours.

Les résultats ont été les suivants :

		Quantité de sucre pour 1.000	Volume total urines 24 heures
Octobre	29	71	1.250
—	30	37	1.250
—	31	0	1.000
Novembre	3	3,50	500
—	4	25	800
—	5	5,50	1.400
—	6	66	1.450
—	7	32	1.200
—	9	25	1.500
—	10	5,20	2.000
—	11	3,84	1.000
—	12	2,94	1.450
—	13	0	2.000

La *Glycémie*, lorsqu'elle a été recherchée, s'est révélée peu élevée (1 gr. 07 en date du 2 décembre). D'autres examens ont été pratiqués dont nous citerons pour mémoire les résultats :

Cholestérinémie : 1 gr. 90.

Rapport plasmatique :	Sérine	2,60
	Globuline	5,40

formule leucocytaire assez remarquable par l'existence de 60 % de formes mononucléées.

Il faut noter que la tension artérielle s'est montrée abaissée : 10-7 au Vaquez.

Quant au *métabolisme de base*, augmenté de 17 % en octobre 1936, il s'avère normal un mois plus tard.

Depuis cette période d'observation, l'état du malade est resté stationnaire.

Sorti au bout de quatre mois, Louis C... fut revu une seule fois par la suite, deux ans après le début clinique, sans que les symptômes aient notablement régressé.

Parmi les diverses thérapeutiques mises en œuvre sans grand succès, on relève :

- l'administration d'*extrait thyroïdien per 05* en cachets de 0,05, jusqu'à 3 cachets p. d.; d'*extrait orchitique per 05*, puis de testostérone en injection;
- *quelques séances de radiothérapie* hypophysaires (25 minutes 5 m A; 3 portes d'entrée) n'ont eu comme résultat appréciable qu'une délation partielle.

DISCUSSION CLINIQUE DE L'OBSERVATION

La discussion clinique porte essentiellement sur la nature de l'épisode infectieux aigu initial, que nous considérons comme un cas de maladie de Von Economo.

Pour ce diagnostic, en effet, plaident :

— les signes infectieux initiaux, aigus et, par la suite, régressifs;

— l'absence, malgré une céphalée transitoire, de toute contracture rachidienne;

— l'hypersomnie.

— le trouble remarquable et d'ailleurs durable de la régulation thermique, pour ne rien dire de l'ensemble des troubles végétatifs secondairement apparus, qui (l'acromégalie mise à part) entrent dans le schéma d'un syndrome infundibulo-tubérien.

Et toujours, quant à l'origine possible d'un tel syndrome, outre l'absence d'antécédents de traumatisme, de maladie infectieuse récente, on doit souligner deux faits :

d'une part : l'absence d'éléments permettant de mettre en cause la syphilis (en particulier, sérologie négative chez ce malade, Hecht 8, Vernes 3);

d'autre part : l'absence de signe direct de tumeur hypophysaire ou juxta-hypophysaire. Pas de syn-

drome chiasmatique, pas de déformation sellaire, l'absence même de signe de tumeur encéphalique quelconque.

INTERPRETATIONS POSSIBLES ET RECHERCHES DE FAITS ANALOGUES

Plutôt que de conclure sur une observation isolée, on peut essayer de grouper les faits semblables. Ils sont, de manière très générale, abordables de deux manières.

I. — CÔTÉ ENDOCRINIEN :

Association d'acromégalie à des éléments du syndrome adiposo-génital.

II. — CÔTÉ NERVEUX :

A) lésions nerveuses, cause de syndrome adiposo-génital;

B) lésions nerveuses, cause d'acromégalie;
l'ensemble soulevant la question des relations neuro-hypophysaire.

ACROMEGALIE ET SYNDROME ADIPOSEO-GENITAL

L'association d'acromégalie avec un syndrome adiposo-génital est assez peu fréquente, quoique de notion relativement ancienne (on connaît, en effet, le syndrome de Neurath-Cushing, qui groupe chez un sujet jeune des modifications morphologiques analogues : gigantisme, obésité, régression génitale).

La conception que l'on peut avoir d'une telle association a évidemment varié avec les données classiques de la physio-pathologie hypophysaire.

Paradoxe, aurait-on pu dire autrefois quant à l'acromégalie, syndrome d'hyperfonctionnement, s'opposait en quelque sorte le syndrome adiposo-génital rattaché par les premiers observateurs, à une tumeur hypophysaire, destructrice de la fonction.

Simple coïncidence, aurait-on dit ensuite :

L'acromégalie a pour base anatomique l'adénome acidophile, c'est un syndrome hypophysaire;

le syndrome de Babinski Frœhlich est, lui, au contraire, dû à des lésions nerveuses, et l'on fournit :

DES DONNÉES EXPÉRIMENTALES: Cushing, Bailey et Brenner, en France; Camus et Roussy (1922) reproduisent le syndrome adiposo-génital par lésion hypothalamique (20).

DES DONNÉES CLINIQUES : Lereboullet et Cathala publient un cas d'infantilisme par lésion des parois du III^e ventricule (14).

En réalité (et en notant que l'hypophyse est toujours altérée lorsqu'il y a atrophie génitale), cette « indépendance » entre des syndromes hypophysaire et sous-thalamique n'a jamais été soutenue, bien au contraire; et les travaux modernes (R. Collin, Roussy et Mosinger) montrent de plus en plus l'importance des rapports neuroglandulaires.

Parmi les observations cliniques publiées, montrant la complexité des associations réalisées, nous rapprocherons de la nôtre celle d'un malade suivi dans le service du Professeur Clovis Vincent (Soc. de Neurol., 9 janvier 1936) :

Sujet de 18 ans. Début des troubles : trois ans auparavant.

A 15 ans, accroissement rapide de la taille et constitution d'un syndrome acromégaloïde, évident lors de l'examen : Prognathisme, mains énormes, augmentées d'ailleurs surtout en longueur; pieds relativement grands : pointure 44.

Pas d'évolution pubertaire, anaphrodisie et impuissance presque complète.

Adipose.

A 16 ans étaient apparus :

polydipsie;

polyurie;

hypersomnie, complétant un syndrome très proche de celui présenté par notre malade.

L'EXAMEN ANATOMIQUE montra :

l'absence de tumeur hypophysaire;

l'existence de désordres encéphalitiques importants et *anciens* : dilatation ventriculaire, arachnoïdite kystique de la grande citerne.

Mais fait remarquable, l'EXAMEN HISTOLOGIQUE de la glande pituitaire montra l'existence d'une hyperplasie éosinophile.

AFFECTIONS NERVEUSES
ET EN PARTICULIER ENCEPHALITE EPIDEMIQUE
COMME CAUSE DU SYNDROME
DE BABINSKI FROEHLICH

L'existence de lésions au niveau de la paroi du III^e ventricule, de l'infundibulum, comme cause:

- d'obésités pathologiques ou
- du syndrome adiposo-génital, a été admis sur des faits anatomo-cliniques nombreux en dehors même des arguments expérimentaux.

Les causes en sont diverses:

- tumeurs de voisinage, parmi lesquelles les tumeurs hypophysaires furent les premières remarquées.

- causes infectieuses: affections, soit à germes visibles: syphilis; soit à virus neurotropes, de classification encore imparfaite, où se range la maladie de von Economo.

L'obésité simple post-encéphalitique est fréquente, de notion ancienne :

Meige (1920).

Maranon, Abrahamson citent des sujets qui ont augmenté de 20 kgs et plus au cours de leur maladie.

Chiray et Lafourcade citent le cas d'un enfant de 11 ans, dont le poids s'accrut de 25 kgs.

Roger et Montagnier, le cas d'une jeune femme de 19 ans, qui engraisa de 28 kgs.

Observation d'ailleurs rappelée en 1928 par von Economo (9).

Cruchet, dans un article du 4 août 1935 relève, sur 516 encéphalites, suivies directement ou indirectement, 11 séquelles d'obésité, dont il rapporte les observations (1).

Parmi celles-ci, des cas de syndromes adiposo-génitaux, dont un cas assez comparable au nôtre :

Jeune homme de 19 ans, chez qui l'encéphalite est suivie d'un accroissement rapide de la taille, d'augmentation de poids, de troubles génitaux : hyperactivité sexuelle, coïncidant d'ailleurs avec des troubles psychiques.

On peut noter en passant l'inégalité de fréquence de ce genre de séquelles post-encéphalitiques.

Von Economo déjà, en 1928, oppose la rareté des cas observés à Vienne, à la fréquence des cas relevés dans la littérature de langue anglaise (Stern : 10 % des cas observés, Duncan et Gr. Ossmann). Ce qui amène cet auteur à mettre en cause un « génie épidémique » spécial.

Noter aussi la variété des aspects cliniques réalisés par l'atteinte des centres végétatifs, la fréquence assez grande des troubles de la thermorégulation.

AFFECTIONS NERVEUSES ET EN PARTICULIER ENCEPHALITE EPIDEMIQUE COMME CAUSE D'ACROMEGALIE

Les cas d'acromégalie d'origine nerveuse apparente sont infiniment plus rares que les précédents. Ils exigent d'ailleurs le contrôle non seulement anatomique, mais histologique. Nous pouvons citer une publication de G. Campallio, *Il Policlinico*, (1934), où l'auteur rapporte après quelques cas connus un cas personnel assez peu probant (15):

Malade de 57 ans.

Acromégalie avec déformation faciale prédominante.

L.C.R. normal.

Examen neurologique:

Ophtalmologiques négatifs.

Radiologiquement selle normale.

Métabolisme + 20 %.

Après échec de la radiothérapie, l'hypophyse est enlevée par voie nasale. Elle est normale, et l'auteur d'invoquer, s'appuyant surtout sur une réaction de Kahn positive, une mésentéphalite syphilitique.

D'origine syphilitique également, un cas publié par Villaret, Hagueneau, Bardet et Payet, où un syndrome d'acromégalie est joint à un syndrome infundibulo-tubérien, avec obésité importante (17).

Le sujet, homme de 47 ans, spécifique à sérologie fortement positive, a présenté (symptôme remarquable qui motive la publication) des hallucinations visuelles, dépourvues d'ailleurs de tout élément affectif (hallucinose pure).

Si dans ces cas, l'état de l'hypophyse n'est pas précisé, il n'en est pas de même dans l'observation, résumée plus haut (M. David (2) où des lésions nerveuses anciennes ont déterminé un état acromégaloïde.

Ici, fait que nous avons déjà souligné, l'hypophyse antérieure était le siège d'une hyperplasie acidophile.

Enfin, très comparable à la nôtre par son origine, précisément encéphalitique, cette observation de Radovici et Schater (18):

— Adolescent chez lequel une hypertrophie progressive des mains et des pieds a été constatée depuis la 12^e année.

En même temps s'est installé un trouble de la motilité extrapyramidale aboutissant à un syndrome de Parkinson.

Le début des troubles est en rapport avec l'époque de l'épidémie d'encéphalite ayant sévi en Roumanie. *La radiographie montre une excavation légère de la loge hypophysaire.*

Les auteurs concluent pourtant (et en tirant argument de l'atypie du syndrome acromégalique) à une lésion nerveuse post-encéphalitique, comme cause déterminante, et posent, là encore, la question d'une répercussion hypophysaire.

CONCLUSIONS

I. — Notre malade représente un cas démonstratif cliniquement d'association d'un syndrome adiposo-génital et d'un syndrome acromégalique.

II. — L'origine encéphalitique très probable, la variété des troubles végétatifs accessoires présentés par le malade autorisent à envisager comme causes premières, des lésions *nerveuses*:

— fait normal si l'on considère le syndrome adiposo-génital.

— fait remarquable quant à l'acromégalie.

Elle n'exclut peut-être pas l'hypothèse d'une surplasia acidophile antehypophysaire secondaire.

III. — L'ensemble des faits examinés souligne encore l'importance des relations de l'hypophyse et de la région hypothalamique, non seulement dans le sens:

de la glande vers le tissu nerveux, mais dans le sens inverse;

du diencéphale vers l'hypophyse.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Sur l'association de manifestations acromégales. et de syndrome adiposo-génital.

1. CRUCHET. — *Bruxelles Médical*, 4 avril 1935, N° 40
(série de 11 observations de séquelles encéphaliques dont la 9^e est intéressante à ce point de vue).
2. DAVID (M.), BERDET (H.), DAUM (S.). — Syndrome adiposo-génital lié à un état acromégaloïde, chez un sujet porteur de dilatation ventriculaire ancienne, exempt de tumeur hypophysaire. Arachnoïdite kystique de la grande citerne. *Société de Neurologie*, 9 janvier 1936. Cf. *Rev. Neurol.*, 1936, p. 120.
3. VILLARET, HAGUENAU, BERDET & PAYET. — Hallucinations chez une acromégale syphilitique.

II. — Sur les cas de syndrome adiposo-génital post-encéphalitique.

4. ANGELIS (E. DE). — Infantile paraparesis due to acute encephalitis and associated with adiposo-génital Syndrom. *Policlinico*, June 30, 1930, 944-947.

5. BARRE & REYS. — Séquelle d'encéphalite épidémique, obésité et crise douloureuse précordiale. *Société Méd. du Bas-Rhin*, 24 février 1933.
6. COZZOLINO. — Post-encéphalitic adiposo-génital syndrom. *Pediatria*, 1^{er} janvier 1929, p. 19-27.
7. CRUCHET. — Pronostic et séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. *Bull. Soc. Méd. Hôpitaux Paris*, 11 mars 1921.
8. — L'obésité post-encéphalitique. *Bruxelles Médical*, N° 40, 4 août 1931. (Série de 11 observations, dont la 9^e est citée ci-dessus.)
9. ECONOMO (Von). — Encephalitis lithargica sequellæ and Treatment. (Traduction anglaise Newman.) *Oxford Presse*, 1931.
10. FRANCHEL. — Les syndromes adiposo-génitaux. *Phare Médical de Paris*, N° 163, juillet 1936.
11. GUILLAIN & MOLLARET. — Les séquelles de l'encéphalite, 1932, p. 60.
12. LANG (W.-J.). — Post encephalitic. Froehlich's syndrom. *Case Journ. Nerv. and ment. diseases*, N° 67, février 1928, p. 120-127.
13. LIVET. — L'Obésité consécutive à l'encéphalite léthargique. *Bull. Soc. Méd. Hôpit. de Paris*, 6 mai 1921.

Citons à part :

14. LEREBoullet & CATHALA. — Infantilisme dit hypophysaire. Lésion du 3^e ventricule. Intégrité de l'hypophyse. *Revue Neurologique*, t. II, 1921.

III. — Acromégalie semblant relever d'une cause nerveuse.

15. CAMPALLIA (G.). — *Policlinico*, 1^{er} décembre 1934, t. XLI, N° 12.
16. DAVID (M.), BERDET (H.), DAUM (S.). — Cf. *Soc. Neurol.*, 9 janvier 1936.
17. VILLARET, HAGUENAU. — Cf. *Soc. Neurol.*, 29 avril 1937.
18. RADOVICI & SCHATER. — Les syndromes pseudo-hypophysaires et pseudo-épiphysaires de *Neuratria Psiquiatria*, N° 1, 1936, p. 10.

IV. — Au sujet des relations neuro-hypophysaires.

19. BENOIT. — Rôle des yeux et de la voie nerveuse oculo-hypophysaire dans la gonado-stimulation par la lumière artificielle chez le canard domestique. *C. R. Soc. de Biolog.*, CXXIX, 1938, p. 231.
20. CAMUS & ROUSSY. — Les syndromes hypophysaires. *Soc. de Neurologie Paris*, 1^{er}-3 juin 1922. (Voir *l'Encéphale*, 1922, p. 399.)
21. COLLIN (R.). — Passage de la colloïde hypophysaire dans la substance cérébrale chez le chien. *Soc. de Biologie*, XCI, p. 1334, 1924.
22. — Etudes et travaux originaux. *L'Hypophyse*, Nancy, 1933.
23. — L'innervation de la glande pituitaire, *Hermann*, 1933 (noter à la fin du volume 5 pages de bibliographie).

24. LHERMITE. — Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus. Congrès Londres, 1935. Consulter *Revue Neurologique*, 64, N° 4, 1935.
25. LHERMITE & PAGNIEZ. — Syndrome infundibulo-tubérien pseudo-hypophysaire. *Presse Méd.*, N° 32, 21 avril 1934, p. 649.
26. ROUSSY & GOURNAY (J.). — Un traité de Physiologie Roger et Binet, Masson, 1928, t. IV, p. 423 et suiv.
27. ROUSSY & MOSINGER. — Rapports anatomiques et physiologiques de l'Hypophyse et de l'Hypothalamus. *Annales de Médecine*, 1933, N° 3, p. 31.
28. — Processus de sécrétion neuronale dans les noyaux végétatifs de l'hypothalamus chez l'homme, la « Neurocrimie ». *C. R. Soc. de Biol.*, CXV (1934), p. 1143.
29. — Sur la neurolyse physiologique de l'hypothalamus des mammifères. *C. R. Soc. de Biol.*, CXXVIII, 1935, p. 414.
30. — Sur les réactions neuronales de l'hypothalamus consécutives à l'hyper-neurocrimie hypophysi-hypothalamique expérimentale. *C. R. Soc. de Biol.*, CXIX, 1935, p. 717.
31. — Sur les rapports entre les pérycarydres et les capillaires dans la région sous-thalamique. *C. R. Soc. de Biol.*, CXXII, 1936, p. 719.
32. — Quelques données récentes fournies par l'étude hystophysique du système nerveux végétatif. *Presse Médic.*, XXIII, 1937, p. 435.

